

Hitna medicina ili medicina za sve?

Emergency medicine or medicine for everything?

Primljeno: 1. 5. 2013.

Prihvaćeno: 15. 5. 2013.

Hitna medicina nužan je i neizostavan dio zbrinjavanja ozljeda, kao i iznenadnog nastupa velikog dijela bolesti. Nepredvidivost i neizvjesnost prirode posla Hitne medicinske pomoći zahtijeva izrazito dobru i čvrstu organizacijsku strukturu. Ovisno o zemljopisnim različitostima pojedine zemlje ili regije, gotovo je nemoguće pronaći unificirani obrazac rada hitne medicinske pomoći. Primorsko-goranska županija stoga ima svoje specifičnosti koje treba uzeti u obzir pri postavljanju organizacijske strukture. Unutar medicinskih djelatnosti Hitna medicinska pomoć mora biti odvojena od drugih oblika pružanja zdravstvene zaštite, upravo zbog specifičnosti različitog pristupa, znanja i vještina te organizacijske problematike. Zbog toga je gotovo vizionarski djelovala odluka odgovornih liječnika da se u Bolnici Braće dr. Sobol uspostavi jedinica za hitnu medicinsku službu centralnog tipa. Danas navršavamo 30 godina postojanja Centra za hitnu medicinu KBC-a Rijeka.

Bolesničke hitne službe imaju različitu ulogu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. U početku su to bila mjesta zbrinjavanja politraumatiziranih i životno ugroženih bolesnika, ali je u posljednje vrijeme to sve češće mjesto primarnog kontakta bolesnika i zdravstvenog sustava ili svojevrсна socijalna i karitativna ustanova.

I u Hrvatskoj i u svijetu sve je veći broj bolesnika koji se svakodnevno zbrinjavaju u bolničkim službama^{1,2}. Zbog svega toga bolničke hitne službe u značajnoj su krizi zbog suočavanja sa sve većim brojem ljudi koji traže pomoć. Pritisak na osoblje hitnih službi je tim veće jer ono nema nikakav utjecaj na broj i način dolaska bolesnika, kao i na stupanj hitnosti. S obzirom na to da je obaveza prihvatiti sve bolesnike, spomenuto dovodi do dugog čekanja, nezadovoljstva bolesnika, ali i preopterećenosti osoblja³. Jedan od najvećih problema je prenatrpanost sustava bolesnicima koje ne svrstavamo u hitne slučajeve⁴. Nejasno je zašto se u sustavu gdje postoji razvijena primarna skrb bolesnici javljaju u bolničku hitnu službu⁵. Brojni su mogući razlozi za to: zakazivanje termina u ordinacijama obiteljskih liječnika nepraktično je, možda su ih obiteljski liječnici uputili da koriste usluge hitne službe ili imaju krivu predodžbu o težini svog stanja i stupnju hitnosti⁵.

Danas, kada su liječnici obiteljske medicine „privatni poduzetnici” i kada je preventiva zapuštena, pojedinim bolesnicima hitna služba izgleda kao najjednostavniji način za ulazak u bolnički sustav. Jedan od uzroka leži i u činjenici da je sve veći pritisak na bolnički sustav u smislu skraćivanja vremena

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

boravka, tako da je značajan broj kroničnih bolesnika upućen na polikliničko rješavanje tegoba⁶.

Kao posljedica ove situacije javlja se značajno nezadovoljstvo bolesnika. U KBC-u Rijeka najveći broj pritužbi kontinuirano se odnosi na hitnu službu, što je pretežno vezano uz duljinu obrade u „hitnoj“ službi. Najviše prigovora uobičajeno dolazi od *nehitnih* bolesnika, s visokim trijažnim vrijednostima, koji i najduže čekaju zbog potrebe za skrbi teže oboljelih bolesnika⁷.

Jedan od načina rješavanja tog problema je bolja kapacitiranost i opremljenost bolničke hitne službe, formiranje tzv. brze linije ili poboljšanje zbrinjavanja hitnih, ali ne teško ozbiljnih bolesnika na razini obiteljskih liječnika.

Imajući u vidu situaciju u hrvatskom zdravstvu, najjednostavniji način bi mogao biti formiranje brze linije (engl. *Fast Track*). Radi se o posebnom odjelu unutar hitne službe gdje bi se bolesnici koji imaju akutno stanje, ali ne po život opasno (porezotine, oguljotine, ugrizi insekata, upale gornjih respiratornih putova, osip...) brže i po kraćem postupku obrađivali⁸. Mogući način je i promjena načina trijaže. Tradicionalni način trijaže podrazumijeva prvo upis bolesnika, a potom pregled koji vrši trijažna sestra. Trijažni sustav značajno pridonosi zaštiti životno ugroženih bolesnika koji se u protivnom mogu lako utopiti u masi realno *nehitnih* bolesnika. Eksperimentalni modeli s uključivanjem iskusnog liječnika hitne medicine u trijažu zajedno sa sestrom omogućavaju brže prepoznavanje i otpuštanje *nehitnih* i manje bolesnih bolesnika, što ostavlja više vremena za skrb o teže bolesnima⁹. Edukacija liječnika specijalista hitne medicine vrlo je složena jer mora obuhvatiti sva hitna stanja gotovo svih specijalnosti, no baza specijalista hitne medicine morale bi biti tri ključne specijalnosti, a to su: interna medicina, anesteziologija i kirurgija. Što se tiče ostalih specijalnosti koje su nezaobilazne na polju hitne medicine, poput neurologije, ginekologije, pedijatrije i sl., potrebno je da budući specijalist hitne medicine savlada osnovne principe primarne opskrbe najvećih i najčešćih hitnoća. Tečajevi su nezaobilazan dio edukacije u sklopu specijalizacije hitne medicine, stoga možemo navesti neke bez kojih ne bi bilo moguće kvalitetno

završiti navedenu specijalizaciju: osnovno (engl. *Basic Life Support*; BLS) i uznapredovalo (engl. *Advanced Life Support*; ALS) održavanje života, opskrba ozljeđenika (engl. *International Trauma Life Support*; ITLS; *European Trauma Course*; ETC) te uznapredovalo održavanja života u djece (engl. *Advanced Pediatric Life Support*; APLS). Osim navedenih tečajeva, za kvalitetan rad specijalista hitne medicine potrebni su tečajevi uspostave dišnog puta, uključujući i otežan dišni put, tečajevi ultrazvuka (FASTER i FATE) te ultrazvučno vođenih punkcija. U konačnici važno je naglasiti činjenicu kako je jedan od najznačajnijih načina unaprjeđenja bolničke hitne službe uvođenje specijalizacija iz hitne medicine.

U ovom smo broju *Medicine Fluminensis* nastojali dati presjek kroz najvažnije hitnoće koje se obrađuju u Centru za hitnu medicinu KBC-a Rijeka. Nadamo se da će čitateljima ovo biti koristan putokaz za inicijalno zbrinjavanje i pravodobno upućivanje ugroženih bolesnika na daljnje bolničko liječenje.

Doc. dr. sc. Goran Hauser, dr. med.

Doc. dr. sc. Alen Protić, dr. med.

LITERATURA

1. McCaig LF, Burt CW. National hospital ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Adv Dana* 2004;340:1–34.
2. Zeidler F, Lončarek K. Povijest hitne medicinske službe u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. *Medicina Fluminensis* 2013;49(4):437–41.
3. Nash K, Zachariah B, Nitschmann J, Psencik B. Evaluation of the fast track unit of a university emergency department. *J Emerg Nurs* 2007;33:14–20.
4. Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41:309–18.
5. Redstone P, Vancura JL, Barry D, Kutner JS. Nonurgent use of the emergency department. *J Ambul Care Manage* 2008;31:370–6.
6. McCabe B. Emergency department overcrowding: a national crisis. *Acad Med* 2001;76:672–4.
7. McMillan JR, Younger MS, DeWine LC. Satisfaction with hospital emergency department as a function of patient triage. *Health Care Manage Rev* 1986;11:21–7.
8. Quattrini V, Swan BA. Evaluating Care in ED Fast Tracks. *J Emerg Nurs* 2011;37:40–6.
9. Travers JP, Lee FC. Avoiding prolonged waiting time during busy periods in the emergency department: Is there a role for the senior emergency physician in triage? *Eur J Emerg Med* 2006;13:342–8.